



JHPIEGO An Affiliate of
Johns Hopkins
University

TRABAJANDO PARA MEJORAR LAS SALUD DE LAS MUJERES Y LAS FAMILIAS EN TODO EL MUNDO

Atención Obstétrica de Emergencia

Guía de referencia rápida
para proveedores en
el campo

Maternal
& Neonatal
Health



J H P I E G O

An Affiliate of
Johns Hopkins
University

TRABAJANDO PARA MEJORAR LAS SALUD DE LAS MUJERES Y LAS FAMILIAS EN TODO EL MUNDO

Atención Obstétrica de Emergencia

Guía de referencia rápida
para proveedores en
el campo

Agencia de los Estados Unidos
para el Desarrollo Internacional

Maternal
& Neonatal
Health

El Programa de Salud Materna y Neonatal (SMN) tiene el compromiso de salvar las vidas de madres y recién nacidos incrementando el uso oportuno de prácticas claves en salud y nutrición maternas y neonatales. El Programa de SMN es implementado a través de los esfuerzos conjuntos de JHPIEGO, el Centro para Programas de Comunicación de Johns Hopkins, CEDPA (Centre for Development and Population Activities) y PATH (Program for Appropriate Technology in Health).
www.mnh.jhpiego.org

JHPIEGO es una organización internacional sin fines de lucro, dedicada al mejoramiento de la salud de las mujeres y sus familias. Inicialmente fundada en 1973, JHPIEGO —afiliada a Johns Hopkins University y con sede en Baltimore, Maryland— trabaja hoy en más de 30 países a través de sus alianzas de cooperación con organismos públicos y privados, y con las comunidades locales.
www.jhpiego.org



J H P I E G O

An Affiliate of
Johns Hopkins
University

TRABAJANDO PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS MUJERES Y LAS FAMILIAS EN TODO EL MUNDO

JHPIEGO

1615 Thames Street

Baltimore, Maryland 21231-3492 USA

Nota: Con el fin de simplificar la lectura del documento, se ha utilizado el género masculino toda vez que la información puede referirse a cualquiera de los dos géneros o a ambos.

Redactoras:

Ann Blouse

Patricia Gomez

Asistentes de

producción:

Youngae Kim

Michelle Jordan

Traducción/Redacción

en español:

Roxana C. Del Barco

La publicación de este documento se hizo posible gracias al apoyo proporcionado por la División de Salud Materna e Infantil, Oficina de Salud, Enfermedades Infecciosas y Nutrición, Dirección para la Salud Mundial de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, conforme a los términos del Acuerdo N.º HRN-A-00-98-00043-00. Las opiniones contenidas en este documento son las del Programa de SMN y no necesariamente reflejan las de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

Octubre de 2003

ÍNDICE

Prólogo	v
---------------	---

RESPUESTA A UNA EMERGENCIA

Estar preparado para las emergencias.....	1
Chequeo rápido	2
Respuesta a una emergencia.....	3
Evaluación inicial rápida.....	4
Evaluación inicial rápida para el distrés respiratorio	5
Evaluación inicial rápida para el shock.....	7
Evaluación inicial rápida para las convulsiones o la pérdida de la conciencia.....	11
Evaluación inicial rápida para el sangrado vaginal.....	15
Evaluación inicial rápida para la fiebre.....	17
Evaluación inicial rápida para el dolor abdominal.....	19
Referencia de la mujer para tratamiento.....	20

SÍNTOMAS

Sangrado vaginal.....	25
Cefalea, visión borrosa, convulsiones o pérdida de la conciencia.....	53
Progreso insatisfactorio del trabajo de parto.....	58
Fiebre durante el embarazo y el trabajo de parto (temperatura de 38° C o más).....	60
Fiebre después del parto (temperatura de 38° C o más)	62
Dolor abdominal en la etapa inicial del embarazo (antes de las 22 semanas).....	64
Dolor abdominal en la etapa avanzada del embarazo o durante el parto	66
Dificultad respiratoria	68

APÉNDICES

Manejo activo del tercer período del parto.....	73
Medicamentos e insumos esenciales para atención obstétrica de emergencia en puestos de salud Tipo 1	77
Prevención de infecciones.....	81
Pautas para realizar los procedimientos	103

PRÓLOGO

El propósito de esta *Guía de referencia rápida* es ayudar al proveedor de servicios en el puesto de salud Tipo 1 a reconocer las emergencias obstétricas y responder a ellas en forma apropiada. La meta de la atención obstétrica de emergencia (abreviada AOEm) al nivel del puesto de salud es diagnosticar el problema, estabilizar a la mujer y hacer los arreglos necesarios para trasladarla al establecimiento de salud más cercano con capacidad para manejar y tratar la complicación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el puesto de salud Tipo 1 como aquel dispensario, posta sanitaria o subcentro de salud que proporciona servicios ambulatorios y de curación limitados, no cuenta con camas (posiblemente sólo una cama de maternidad) y está dotado únicamente de un(a) auxiliar de enfermería y obstetricia (atiende a una población menor de 10.000).

El nivel de atención que se proporciona en el puesto de salud variará según la capacitación y experiencia del proveedor de salud y según la disponibilidad de medicamentos, insumos e instrumental. No obstante, para los fines de esta *Guía*, partimos del supuesto de que el proveedor del puesto de salud posee capacitación y habilidades obstétricas básicas y que el puesto está equipado para prestar atención básica de trabajo de parto y parto.

La presente *Guía de referencia rápida* se basa en el manual titulado *Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para obstetras y médicos*, publicado por la OMS en 2002. De igual forma que el manual, está organizada por síntoma. En los apéndices se incluyen secciones sobre Medicamentos e insumos esenciales, Prevención de infecciones y Pautas para realizar los procedimientos.

Asimismo, encontrará un Apéndice donde se describen los procedimientos para el manejo activo del tercer período del parto, que tiene eficacia comprobada en la prevención de la hemorragia postparto, la causa del 35% de la mortalidad materna.

Esta *Guía de referencia rápida* se inspira en la labor realizada por Sereen Thaddeus, Directora de Comunicación para el Cambio del Comportamiento, Programa de Salud Materna y Neonatal, en cuanto al desarrollo de ayudas de trabajo para la atención obstétrica de emergencia. Agradecemos asimismo el aporte brindado por Ann Davenport a las versiones preliminares de esta Guía.

RESPUESTA A UNA EMERGENCIA

Estar preparado para las emergencias	1
Chequeo rápido.....	2
Respuesta a una emergencia	3
Evaluación inicial rápida	4
Evaluación inicial rápida para el distrés respiratorio	5
Evaluación inicial rápida para el shock	7
Evaluación inicial rápida para las convulsiones o la pérdida de la conciencia	11
Evaluación inicial rápida para el sangrado vaginal.....	15
Evaluación inicial rápida para la fiebre	17
Evaluación inicial rápida para el dolor abdominal.....	19
Referencia de la mujer para tratamiento	20

ESTAR PREPARADO PARA LAS EMERGENCIAS

La responsabilidad del proveedor de salud calificado (enfermera, matrona/obstetrix o médico) es asegurarse de que todo el personal del puesto de salud (ya sea empleados, guardias, porteros o encargados de limpieza) sepa cómo responder a una emergencia. Alguien del personal debe tener la capacidad de identificar a una mujer que presenta señales de peligro en el embarazo o síntomas de trabajo de parto avanzado, llevarla al área de tratamiento y llamar al proveedor calificado. El proveedor y el personal deben planificar conjuntamente la forma de responder a las emergencias. El proveedor debe darle al personal la información y la capacitación requeridas para poder desempeñar su trabajo en caso de ocurrir una emergencia.

RECUERDE:

- Se debe prestar cuidado inmediato a una mujer que está sangrando —no puede esperar a ser atendida.
- Todos los que trabajan en el puesto de salud deben estar preparados para prestar ayuda a cualquier mujer que llegue con una emergencia obstétrica o con signos o síntomas de un trabajo de parto avanzado. Lleve a la mujer al área de tratamiento y llame al proveedor calificado.
- Todo el personal del puesto de salud debe ser capaz de realizar un Chequeo rápido (vea la **página 2**).
- Se debe reabastecer la bandeja para emergencias después de cada uso (vea la **página 80**).
- Se debe descontaminar, limpiar y esterilizar o someter a desinfección de alto nivel todo el instrumental e insumos inmediatamente después de usarlos.

CHEQUEO RÁPIDO

- **Mire** a la mujer:
 - ¿La trajó alguien cargada en brazos hasta el puesto de salud? (Posible signo de shock, vea la **página 7**.)
 - ¿Hay manchas de sangre en su ropa o en el piso debajo de ella? (Signo de sangrado durante el embarazo.)
 - ¿Gruñe, gime o puja? (Posibles signos de trabajo de parto avanzado.)
- **Pregunte** a la mujer o a la persona que la acompaña si la mujer tiene en este momento o ha tenido recientemente:
 - Sangrado vaginal
 - Cefalea intensa/visión borrosa
 - Convulsiones o pérdida de la conciencia
 - Dificultad respiratoria
 - Fiebre
 - Dolor abdominal intenso
 - Dolores de trabajo de parto
- **Si la mujer tiene o ha tenido recientemente CUALQUIERA de estas señales de peligro, o signos y síntomas de trabajo de parto avanzado, inmediatamente:**
 - **Pida ayuda.**
 - Mantenga la calma. Concentre su atención en la mujer.
 - Nunca deje sola a la mujer.
 - Avise al proveedor calificado.

El proveedor calificado debe realizar una evaluación inicial rápida para evaluar la necesidad de estabilizar a la mujer y de darle tratamiento/referencia.

RESPUESTA A UNA EMERGENCIA

El proveedor calificado debe realizar una evaluación inicial rápida para determinar qué se requiere para la estabilización, manejo y referencia inmediatas.

- Mantenga la calma. Concentre su atención en la mujer.
- No deje sola a la mujer.
- Hágase cargo. Asigne tareas al personal o a las personas que acompañan a la mujer.
- **PIDA AYUDA.** Pida a una persona que vaya en busca de ayuda y pida a un miembro del personal que prepare la bandeja de emergencia y otros insumos adicionales.
- Coloque a la mujer recostada sobre su lado izquierdo y con los pies elevados.
- Converse con la mujer y ayúdela a mantener la calma. Pregunte a la mujer o a alguien que la acompaña cuáles son los síntomas que tiene y cuándo comenzaron.
- Realice un examen rápido incluyendo presión arterial, pulso, respiración, temperatura y color de la piel. Verifique si hay sangrado y calcule la cantidad de sangre que ha perdido.

No administre líquidos ni antibióticos orales a una mujer que está inconsciente o en shock.

EVALUACIÓN INICIAL RÁPIDA

Cuando se identifiquen señales de peligro en el Chequeo rápido, realice inmediatamente una Evaluación inicial rápida para determinar el grado de enfermedad de la mujer y evaluar la necesidad de estabilizarla o de prestarle atención de emergencia.

Nota: Aunque la mujer no muestre evidencias de shock en este momento, ello no significa que no entrará en shock; por lo tanto, ***es necesario vigilarla constantemente.***

Sospeche o prevea shock si ha ocurrido/se presenta **CUALQUIERA** de las siguientes manifestaciones:

- sangrado vaginal durante el embarazo
- sangrado vaginal durante o después del parto
- infección
- traumatismo

EVALUACIÓN INICIAL RÁPIDA PARA EL DISTRÉS RESPIRATORIO

EVALÚE

- **Busque:**
 - Ausencia de respiración
 - Respiración rápida (30 respiraciones por minuto o más)
 - Obstrucción respiratoria o jadeo
 - Palidez o color de piel azulado (cianótico)
- **Examine:**
 - la boca para verificar la presencia de cuerpos extraños (como pedazos de comida)
 - los pulmones para verificar la presencia de sibilancias o estertores

ESTABILICE

Si la mujer NO RESPIRA

- **Pida ayuda.**
- Mantenga a la mujer en posición supina con la cabeza inclinada hacia atrás.
- Levántele el mentón para abrir la vía aérea.
- Inspeccione la boca para verificar la presencia de algún cuerpo extraño y, si lo encuentra, extráigalo.
- Despeje las secreciones de la garganta.
- Ventile con bolsa y máscara hasta que la mujer comience a respirar.

Si la mujer RESPIRA pero continúa con distrés respiratorio

- **Pida ayuda.**
- Evalúe rápidamente los signos vitales (presión arterial, pulso, respiración).
- Coloque a la mujer recostada sobre su lado izquierdo sosteniéndole la espalda con dos cojines.
- Dé oxígeno a razón de 4–6 L por minuto, si lo hay disponible.
- **Refiera de urgencia.**

CONSIDERE

- Anemia grave
- Insuficiencia cardiaca
- Vea **Dificultad respiratoria** (página 68).

EVALUACIÓN INICIAL RÁPIDA PARA EL SHOCK

EVALÚE

- **Busque:**
 - Respiración rápida (30 respiraciones por minuto o más)
 - Piel fría y húmeda
 - Palidez de la conjuntiva y de la palma de las manos, y alrededor de la boca
 - Sudoración
 - Ansiedad, confusión
 - Pérdida de la conciencia
- **Examine:**
 - *Pulso:* rápido (110 latidos por minuto o más) y débil
 - *Presión arterial:* sistólica de 90 mm de Hg o menos
 - *Producción de orina:* menos de 30 ml por hora

ESTABILICE

- **Pida ayuda.**
- **Voltee a la mujer de costado** para reducir el riesgo de aspiración, en caso de que vomite, y para asegurar que la vía aérea esté despejada.
- **Asegúrese de que respira.**
- **Mantenga abrigada a la mujer** pero **NO** le proporcione calor excesivo.
- **Elévele las piernas** para incrementar el retorno de sangre al corazón (si es posible, eleve los pies de la cama) antes y durante el transporte.
- **Inicie una infusión IV** o administre una solución de rehidratación oral (vea la **página 10**).

- **Monitoree los signos vitales** (presión arterial, pulso, respiración) y la temperatura de la piel cada 15 minutos.
- **Re-evalúe** la respuesta de la mujer a los líquidos dentro de los 30 minutos para determinar si su estado mejora. Los signos de mejoría incluyen:
 - Frecuencia del pulso de 90 latidos por minuto o menos
 - Presión arterial: sistólica de 100 mm de Hg o más
 - Menos confusión y ansiedad
 - Producción de orina: 30 ml por hora o más
- Si su estado mejora, regule la velocidad de infusión de líquidos IV a 1 L en 6 horas. Determine la causa del shock y maneje o refiera en consecuencia.
- Si su estado no mejora ni se estabiliza, **refiera de inmediato**.

CONSIDERE

- Aborto inevitable/incompleto
- Embarazo ectópico
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Rotura uterina
- Placenta previa
- **Vea Sangrado vaginal en la etapa inicial del embarazo (página 27) o Sangrado vaginal después de las 22 semanas de gestación o en el trabajo de parto antes de producirse el parto (página 36).**
- Útero atónico
- Desgarros del cuello uterino, la vagina o el perineo

- Retención de placenta/fragmentos placentarios
- Vea **Sangrado vaginal después del parto** (página 38).

- Aborto séptico
- Metritis
- Peritonitis
- Vea **Fiebre durante el embarazo y el trabajo de parto** (página 60), **Fiebre después del parto** (página 62) o **Dolor abdominal en la etapa inicial del embarazo** (página 64).

- Rotura uterina
- Vea **Dolor abdominal en la etapa avanzada del embarazo o durante el parto** (página 66).

Pautas para la administración de una infusión IV o una solución de rehidratación oral (SRO)

Inicie una infusión IV (dos, si fuera posible):

- Utilice una aguja de alto calibre (calibre 16 o la de mayor calibre disponible).
- Rápidamente administre solución salina normal o lactato de Ringer a razón de 1 L en 15–20 minutos.
- Administre al menos 2 L de líquidos en la primera hora.

Nota: Si el shock se debe a un sangrado, fíjese como meta reponer de dos a tres veces la pérdida de líquido calculada.

SÓLO si no es posible iniciar una infusión IV (por la razón que fuera), administre a la mujer una SRO según las siguientes pautas:

- **Si la mujer puede beber**, está consciente y no tiene (o no ha tenido recientemente) convulsiones, administre una SRO 300–500 ml en 1 hora por vía oral.

Nota: NO administre líquidos por vía oral a menos que la mujer esté alerta y plenamente consciente.

- **Si la mujer no puede beber**, está inconsciente o tiene (o ha tenido recientemente) convulsiones, administre una SRO 500 ml en 20–30 minutos por vía rectal, según las siguientes pautas:
 - Llene una bolsa/frasco de enema con 500 ml de líquido.
 - Deje pasar el agua hasta el final del tubo y cierre.
 - Inserte el tubo lubricado hasta unos 10 cm (3–4 pulgadas) dentro del recto.
 - Deje pasar el agua lentamente.

Nota: Tomará de 20–30 minutos que el agua penetre en el cuerpo de la mujer. Si se deja pasar demasiado rápido, la mujer sufrirá espasmos abdominales y la expulsará afuera.

EVALUACIÓN INICIAL RÁPIDA PARA LAS CONVULSIONES O LA PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA

EVALÚE

- **Pregunte:**
 - ¿Está embarazada?
 - ¿Cuál es el tiempo de gestación?
- **Examine:**
 - *Presión arterial:* diastólica de 90 mm de Hg o más
 - *Temperatura:* 38° C o más

ESTABILICE

- **Pida ayuda.**
- Nunca deje sola a la mujer.
- **Proteja a la mujer de lesiones**, pero no intente restringir sus movimientos.
- **Si está inconsciente:**
 - Verifique las vías aéreas.
 - Coloque a la mujer recostada sobre su lado izquierdo sosteniéndole la espalda con dos cojines.
 - Verifique si hay rigidez del cuello.
- **Si tiene convulsiones**, voltee a la mujer de costado para reducir el riesgo de aspiración, en caso de que vomite, y para asegurar que la vía aérea esté despejada.

- **Administre la dosis inicial de sulfato de magnesio.**

Administre solución de sulfato de magnesio* 4 g IV en un lapso de 5 minutos. Advierta a la mujer que sentirá calor al recibir el sulfato de magnesio.

- Siga inmediatamente con 10 g de sulfato de magnesio en inyección IM profunda (5 g en cada nalga) con 1 ml de lidocaína al 2% en la misma jeringa. Asegúrese de utilizar la técnica aséptica al aplicar la inyección IM profunda.
- **Si las convulsiones persisten o se repiten después de 15 minutos**, administre sulfato de magnesio 2 g IV en un lapso de 5 minutos.
- **En caso de paro respiratorio**, administre gluconato de calcio 1 g (10 ml de solución al 10%) IV lentamente en un lapso de 10 minutos.

ADVERTENCIA: Antes de administrar a la mujer otra dosis de sulfato de magnesio, asegúrese de que su frecuencia respiratoria sea de al menos 16 por minuto, que los reflejos patelares estén presentes y que la producción de orina sea de al menos 30 ml por hora durante 4 horas.

- **Si NO se dispone de sulfato de magnesio:**
 - Administre la dosis inicial de **diazepam** 10 mg IV lentamente en un lapso de 2 minutos.
 - **Si se repiten las convulsiones**, repita la dosis inicial.

* El sulfato de magnesio viene en diferentes concentraciones (por ejemplo, 20%, 40%, 50%). En las inyecciones IM, es mejor utilizar las concentraciones más altas (por ejemplo, 50%) para disminuir el volumen total que se requiere.

- **Si la mujer está en trabajo de parto avanzado o hay demora en referirla,** administre una dosis de mantenimiento de la siguiente forma:
 - Administre diazepam 40 mg en 500 ml de líquidos IV (solución salina normal o lactato de Ringer) en 6–8 horas, titulado como para mantener a la mujer sedada pero no inconsciente.
 - Detenga la dosis de mantenimiento si la frecuencia respiratoria desciende por debajo de 16 por minuto.
 - No administre más de 100 mg de diazepam en 24 horas.
- **Trate/refiera de urgencia. Si es necesario referir,** siga los siguientes pasos **además** de los enumerados en la **página 20**.
 - Acompañe a la mujer durante el transporte.
 - Asegúrese de tener disponible suficiente medicamento durante el transporte.
- **Si la mujer está en trabajo de parto avanzado o hay demora en referirla:**
 - Continúe el tratamiento con sulfato de magnesio:
 - Administre sulfato de magnesio 5 g IM más 1 ml de lidocaína al 2% (en nalgas alternadas) cada 4 horas.
 - Continúe el tratamiento durante 24 horas después del parto o de la última convulsión, cualquiera sea el hecho que se produzca último.
 - Monitoree la producción de orina.

CONSIDERE

- Eclampsia
- Tétanos
- Epilepsia
- Malaria complicada
- Vea **Cefalea, visión borrosa, convulsiones o pérdida de la conciencia** (página 54).

EVALUACIÓN INICIAL RÁPIDA PARA EL SANGRADO VAGINAL

EVALÚE

- **Pregunte:**
 - ¿Está embarazada?
 - ¿Cuál es el tiempo de gestación?
 - ¿Tiene dolor abdominal?
 - **Después de las 22 semanas de gestación, pregunte si:**
 - ha dado a luz recientemente, fecha del parto
 - ha expulsado la placenta
 - el sangrado es lento y continuo (hace cuánto tiempo) o de aparición súbita
- **Examine:**
 - *Vulva:* cantidad de sangrado, traumatismo
 - *Vagina:* desgarros, placenta
 - *Cuello uterino:* productos de la concepción, desgarros
 - *Útero:* retención de placenta, atónico
 - *Vejiga:* llena
 - **No realice un examen vaginal en esta etapa.**

ESTABILICE

- **Detenga el sangrado.** Evalúe la causa del sangrado basándose en la etapa de gestación y trate en consecuencia.

CONSIDERE

- Aborto
- Embarazo ectópico

- Embarazo molar
- Vea **Sangrado vaginal en la etapa inicial del embarazo (página 27)**.

- Desprendimiento prematuro de placenta
- Rotura uterina
- Placenta previa
- Vea **Sangrado vaginal después de las 22 semanas de gestación o en el trabajo de parto antes de producirse el parto (página 36)**.

- Útero atónico
- Desgarros del cuello uterino, la vagina o el perineo
- Retención de placenta/fragmentos placentarios
- Inversión uterina
- Vea **Sangrado vaginal después del parto (página 38)**.

EVALUACIÓN INICIAL RÁPIDA PARA LA FIEBRE (TEMPERATURA DE 38° C O MÁS)

EVALÚE

- **Pregunte:**
 - ¿Se siente débil, letárgica?
 - ¿Orina con frecuencia y con dolor?
- **Examine:**
 - Inconsciente
 - *Temperatura:* 38° C o más
 - *Cuello:* rigidez
 - *Pulmones:* respiración poco profunda, consolidación
 - *Abdomen:* sensibilidad severa
 - *Vulva:* secreción purulenta
 - *Mamas:* sensibilidad

ESTABILICE

- **ADMINISTRE AMPICILINA 2 g IV** cada 6 horas **MÁS** gentamicina 5 mg/kg de peso corporal IV cada 24 horas **MÁS** metronidazol 500 mg IV cada 8 horas.
- **Refiera de urgencia.**
- **Si hay signos de shock séptico, vea el procedimiento de estabilización para el shock (página 7).**
- Inicie una infusión IV (dos, si fuera posible) utilizando una cánula o aguja de alto calibre. Rápidamente infunda solución salina normal o lactato de Ringer a razón de 1 L en 15–20 minutos. Administre al menos 2 L de líquidos en la primera hora.

CONSIDERE

- Aborto séptico
- Amnionitis
- Malaria complicada
- Tifoidea
- Vea **Fiebre durante el embarazo y el trabajo de parto** (página 60).

- Metritis
- Celulitis de la herida
- Malaria complicada
- Mastitis
- Vea **Fiebre después del parto** (página 62).

EVALUACIÓN INICIAL RÁPIDA PARA EL DOLOR ABDOMINAL

EVALÚE

- **Pregunte:**
 - ¿Está embarazada?
 - ¿Cuál es el tiempo de gestación?
- **Examine:**
 - *Presión arterial:* sistólica de 90 mm de Hg o menos
 - *Temperatura:* 38° C o más
 - *Útero:* tiempo de gestación o fecha del parto

CONSIDERE

- Aborto
- Embarazo ectópico
- Embarazo molar
- Vea **Sangrado vaginal en la etapa inicial del embarazo (página 27).**
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Rotura uterina
- Placenta previa
- Vea **Sangrado vaginal después de las 22 semanas de gestación o en el trabajo de parto antes de producirse el parto (página 36).**

REFERENCIA DE LA MUJER PARA TRATAMIENTO

- Después del manejo de emergencia, converse con la mujer y su familia acerca de la decisión de referirla.
- Organice rápidamente el transporte y la posible ayuda financiera.
- Informe al centro de referencia por radio o por teléfono.
- Entregue a la mujer una hoja estándar de referencia con la información siguiente:
 - Nombre, edad, dirección
 - Antecedentes obstétricos (paridad, edad gestacional, complicaciones en el período prenatal)
 - Complicaciones obstétricas anteriores pertinentes
 - Problema específico por el cual se la refiere
 - Tratamiento aplicado hasta ese momento y resultados del mismo
- Envíe junto con la mujer:
 - A un trabajador de salud capacitado en atención del parto
 - Medicamentos e insumos esenciales para emergencias
 - A un familiar que pueda donar sangre
 - En caso de haber un bebé, envíelo con la madre siempre que haya un familiar que pueda acompañar a la madre para cuidar al bebé.
- Durante el traslado:
 - Mantenga la infusión IV.
 - Mantenga abrigada a la madre (y al bebé, si ha nacido) pero no le proporcione calor excesivo.

- Si el viaje es largo, administre el tratamiento apropiado en el camino.
- Mantenga un registro de todos los líquidos IV, medicamentos administrados, hora en que se administraron y el estado de la mujer.

SÍNTOMAS

Sangrado vaginal	25
Cefalea, visión borrosa, convulsiones o pérdida de la conciencia	53
Progreso insatisfactorio del trabajo de parto	58
Fiebre durante el embarazo y el trabajo de parto (temperatura de 38° C o más)	60
Fiebre después del parto (temperatura de 38° C o más)	62
Dolor abdominal en la etapa inicial del embarazo (antes de las 22 semanas)	64
Dolor abdominal en la etapa avanzada del embarazo o durante el parto	66
Dificultad respiratoria.....	68

SANGRADO VAGINAL

Sangrado moderado: el que empapa una compresa o un paño limpio en más de cinco minutos.

Sangrado profuso: el que empapa una compresa o un paño limpio en menos de 5 minutos.

TIPOS DE ABORTO

Aborto espontáneo es la pérdida de un embarazo antes de las 22 semanas de gestación. Las etapas del aborto espontáneo pueden incluir:

- **Amenaza de aborto:** el embarazo puede seguir
- **Aborto inevitable:** el embarazo no puede seguir y pasará a ser un aborto incompleto o completo
- **Aborto incompleto:** los productos de la concepción se expulsan parcialmente
- **Aborto completo:** los productos de la concepción se expulsan completamente

Aborto provocado es un proceso por el cual el embarazo es terminado cuando el feto aún no es viable (22 semanas).

Aborto realizado en condiciones de riesgo es un procedimiento realizado, ya sea por personas que no tienen las habilidades necesarias o en un ambiente donde no se aplican las normas mínimas de prevención de infecciones, o ambos factores simultáneos.

Aborto séptico es un aborto complicado por infección. La sepsis puede ocurrir después de un aborto espontáneo o de uno realizado en condiciones de riesgo.

SI SE SOSPECHA UN ABORTO REALIZADO EN CONDICIONES DE RIESGO

- Examine para determinar si hay signos de infección o de lesión uterina, vaginal o intestinal.
- Si hay infección, inicie la administración de antibióticos (vea la **página 17**) antes de realizar una aspiración manual endouterina (AMEU), si la hay disponible, o de referirla para una AMEU.
- Si hay lesión uterina, vaginal o intestinal, infunda líquidos IV (vea la **página 10**) y **refiera de urgencia para una cirugía o AMEU.**
- Si se utilizaron hierbas, medicamentos locales o sustancias cáusticas, irrigue a fondo la vagina para extraerlos.

SEGUIMIENTO DE LAS MUJERES QUE HAN TENIDO UN ABORTO EN CONDICIONES DE RIESGO

- Oriente a la mujer acerca de su salud reproductiva y necesidades de planificación familiar.
- Ayúdela a seleccionar y obtener el método de planificación familiar más apropiado, si lo desea.
- Identifique cualquier otro servicio de salud reproductiva que pueda necesitar, por ejemplo, profilaxis para el tétanos o refuerzo antitetánico, tratamiento para las infecciones de transmisión sexual o tamizaje para el cáncer del cuello uterino.

SANGRADO VAGINAL EN LA ETAPA INICIAL DEL EMBARAZO (HASTA LAS 22 SEMANAS DE GESTACIÓN)

- Realice una Evaluación inicial rápida (vea la **página 15**).
- Estabilice a la mujer siguiendo el procedimiento para el shock (vea la **página 7**).
- Si la estabilización no es necesaria, o una vez que se haya estabilizado a la mujer, evalúe los signos y síntomas para el diagnóstico probable y el manejo.

SIGNOS/SÍNTOMAS	DIAGNÓSTICO PROBABLE
<p>Sangrado leve Cuello uterino cerrado Útero correspondiente a la fecha de última menstruación</p>	<p>Amenaza de aborto</p>
<p>Sangrado leve Dolor abdominal Cuello uterino cerrado Útero ligeramente más grande que lo normal Útero más blando que lo normal</p>	<p>Embarazo ectópico</p> <p><i>No roto:</i> Síntomas de embarazo inicial Dolor abdominal y pélvico</p> <p><i>Roto:</i> Signos de shock Colapso y debilidad Pulso de 100 latidos por minuto o más Presión sistólica de 90 mm de Hg o menos Dolor abdominal y pélvico agudos Sensibilidad al rebote Palidez</p>

MANEJO

Por lo general, el tratamiento médico no es necesario; haga seguimiento en el consultorio prenatal.

La mujer debe evitar las actividades arduas y las relaciones sexuales.

No administre hormonas ni agentes tocolíticos.

Si el sangrado no se detiene:

Refiera (puede tratarse de un embarazo ectópico, gemelos o un embarazo molar).

Haga los arreglos necesarios a fin de trasladarla de inmediato para realizar una laparotomía.

Si el embarazo no se ha roto:

Inserte una línea IV e infunda solución salina normal o lactato de Ringer a razón de 1 L en 6–8 horas.

Si el embarazo se ha roto y hay shock:

Inserte una línea IV e infunda solución salina normal o lactato de Ringer a razón de 1 L en 15–20 minutos (lo más rápido que sea posible).

Repita 1 L cada 30 minutos a razón de 30 ml por minuto (1 L en 6–8 horas) cuando el pulso disminuya a menos de 100 latidos por minuto y la presión sistólica aumente a 100 mm de Hg o más.

Registre el tiempo y el volumen de líquidos administrados.

SANGRADO VAGINAL EN LA ETAPA INICIAL DEL EMBARAZO (HASTA LAS 22 SEMANAS DE GESTACIÓN) (CONTINUACIÓN)

SIGNOS/SÍNTOMAS	DIAGNÓSTICO PROBABLE
Sangrado leve Cuello uterino cerrado Útero más pequeño que el correspondiente a la fecha de última menstruación Útero más blando que lo normal	Aborto completo
Sangrado profuso Cuello uterino dilatado Útero más pequeño o correspondiente a la fecha de última menstruación	Aborto inevitable

MANEJO

Normalmente, la evacuación del útero no es necesaria.

Observe para detectar sangrado profuso.

Administre ergometrina 0,2 mg IM o misoprostol 400 µg vía oral.

Refiera si el sangrado no se detiene inmediatamente.

Si la AMEU no está disponible:

Estabilice y refiera de urgencia.

Administre ergometrina 0,2 mg IM (repetiendo después de 15 minutos, si fuera necesario) **O** misoprostol 400 µg vía oral (repetiendo una vez después de 4 horas, si fuera necesario).

Si la AMEU está disponible:

Si el embarazo es de menos de 16 semanas

Realice una AMEU.

Si el embarazo es de más de 16 semanas

Aguarde la expulsión espontánea de los productos de la concepción. Si fuera necesario ayudar a la expulsión, infunda oxitocina 40 unidades en 1 L de solución salina normal o lactato de Ringer a 40 gotas por minuto.

Realice una AMEU para eliminar cualquier producto de la concepción residual.

SANGRADO VAGINAL EN LA ETAPA INICIAL DEL EMBARAZO (HASTA LAS 22 SEMANAS DE GESTACIÓN) (CONTINUACIÓN)

SIGNOS/SÍNTOMAS	DIAGNÓSTICO PROBABLE
Sangrado profuso Cuello uterino dilatado Útero más pequeño que el correspondiente a la fecha de última menstruación	Aborto incompleto

MANEJO

Si el sangrado es de leve a moderado y el embarazo es de menos de 16 semanas:

Use una pinza de aro, si la hay disponible, para extraer los productos de la concepción que protruyen a través del cuello uterino.

Administre ergometrina 0,2 mg IM (repetiendo después de 15 minutos, si fuera necesario) **O** misoprostol 400 µg vía oral (repetiendo una vez después de 4 horas, si fuera necesario).

Si el sangrado es profuso y el embarazo es de menos de 16 semanas:

Si la AMEU está disponible

Realice una AMEU.

Si la AMEU no está disponible

Realice un curetaje cortante.

Si ni la AMEU ni el curetaje están disponibles

Refiera de urgencia.

Si el sangrado es profuso y el embarazo es de más de 16 semanas:

Si la AMEU no está disponible

Estabilice y refiera de urgencia.

Administre ergometrina 0,2 mg IM (repetiendo después de 15 minutos, si fuera necesario) **O** misoprostol 400 µg vía oral (repetiendo una vez después de 4 horas, si fuera necesario).

Si la AMEU está disponible

Infunda oxitocina 40 unidades en 1 L de solución salina normal o lactato de Ringer a 40 gotas por minuto hasta que se produzca la expulsión de los productos de la concepción. Si fuera necesario, administre misoprostol 200 µg vía vaginal cada 4 horas hasta que se produzca la expulsión (pero no administre más de 800 µg).

Realice una AMEU para eliminar cualquier producto de la concepción residual.

SANGRADO VAGINAL EN LA ETAPA INICIAL DEL EMBARAZO (HASTA LAS 22 SEMANAS DE GESTACIÓN) (CONTINUACIÓN)

SIGNOS/SÍNTOMAS	DIAGNÓSTICO PROBABLE
Sangrado profuso Cuello uterino dilatado Útero más grande que el correspondiente a la fecha de última menstruación Útero más blando que lo normal Expulsión parcial de productos de la concepción, semejantes a uvas	Embarazo molar

MANEJO

Si el diagnóstico no es seguro y/o la AMEU no está disponible:

Estabilice y refiera de urgencia (vea **Evaluación inicial rápida**, página 15, y el **procedimiento de estabilización para el shock**, página 7).

Si el diagnóstico es seguro y la AMEU está disponible:

Realice una AMEU (tenga tres jeringas listas para usar).

Si se requiere dilatación del cuello uterino

Use un bloqueo paracervical.

Una vez que se ha iniciado la AMEU, infunda oxitocina 20 unidades en 1 L de solución salina normal o lactato de Ringer a 60 gotas por minuto para prevenir la hemorragia.

SANGRADO VAGINAL DESPUÉS DE LAS 22 SEMANAS DE GESTACIÓN O EN EL TRABAJO DE PARTO ANTES DE PRODUCIRSE EL PARTO

SIGNOS/SÍNTOMAS	DIAGNÓSTICO PROBABLE
Sangrado Dolor abdominal intermitente o constante Dolor abdominal severo	Desprendimiento prematureo de placenta Rotura uterina Placenta previa

MANEJO

Inicie una infusión IV (dos, si fuera posible) utilizando una cánula o aguja de alto calibre.

Rápidamente infunda solución salina normal o lactato de Ringer a razón de 1 L en 15–20 minutos.

Administre al menos 2 L de líquidos en la primera hora.

Refiera de urgencia.

SANGRADO VAGINAL DESPUÉS DEL PARTO

SIGNOS/SÍNTOMAS	DIAGNÓSTICO PROBABLE
Aumento del sangrado vaginal dentro de las primeras 24 horas de ocurrido el parto Útero blando y no contraído	Útero atónico
Aumento del sangrado vaginal dentro de las primeras 24 horas de ocurrido el parto	Desgarros del cuello uterino, la vagina o el perineo

MANEJO

Masajee el fondo del útero a través del abdomen de la mujer.

Administre oxitocina

IV: infunda 20 unidades en 1 L de solución salina normal o lactato de Ringer a 60 gotas por minuto hasta conseguir que el útero se contraiga, luego, 20 unidades en 1 L de solución salina normal o lactato de Ringer a 40 gotas por minuto. *No administre más de 3 L.*

MÁS

IM: 10 unidades.

Si no se dispone de oxitocina:

Administre ergometrina/metil-ergometrina (no la use si hay signos/síntomas de preeclampsia, hipertensión o cardiopatía).

IM o IV: infunda lentamente 0,2 mg. Repita 0,2 mg IM después de 15 minutos.

Si se requiere, administre 0,2 mg IM o IV (lentamente) cada 4 horas.

Si el sangrado continúa:

Verifique si hay retención de fragmentos placentarios y extráigalos.

Si el sangrado no se detiene a pesar del manejo:

Realice la compresión bimanual del útero o comprima la aorta (vea las **páginas 46–47**).

Si el sangrado no se detiene a pesar de la compresión:

Inicie una infusión IV (dos, si fuera posible) utilizando una cánula o aguja de alto calibre.

Rápidamente infunda solución salina normal o lactato de Ringer a razón de 1 L en 15–20 minutos.

Administre al menos 2 L de líquidos en la primera hora.

Refiera de urgencia.

Examine a la mujer cuidadosamente y repare los desgarros del cuello uterino, la vagina o el perineo.

Si el sangrado no se detiene de inmediato:

Refiera de urgencia.

SANGRADO VAGINAL DESPUÉS DEL PARTO (CONTINUACIÓN)

SIGNOS/SÍNTOMAS	DIAGNÓSTICO PROBABLE
No se expulsa la placenta dentro de los 30 minutos después del parto Falta una porción de la superficie materna de la placenta o hay desgarros de las membranas vascularizadas (puede no haber ningún sangrado)	Retención de placenta/ fragmentos placentarios

MANEJO

Asegúrese de que la vejiga esté vacía (cateterice, si fuera necesario).

Si puede ver la placenta:

Pídale a la mujer que puje para expulsarla.

Si puede palpar la placenta o fragmentos placentarios en la vagina:

Extraiga manualmente (use guantes esterilizados o sometidos a desinfección de alto nivel; envuelva los dedos con gasa esterilizada).

Si la placenta no es expulsada y no se puede ver ni palpar:

Administre oxitocina 10 unidades IM.

Si la placenta no se expulsa después de 30 minutos de estimulación con oxitocina y el útero está contraído:

Intente la tracción controlada del cordón (vea la página 74).

Si la tracción controlada del cordón no da resultado:

Inicie una infusión IV (dos, si fuera posible) utilizando una cánula o aguja de alto calibre. Rápidamente infunda solución salina normal o lactato de Ringer a razón de 1 L en 15–20 minutos.

Administre al menos 2 L de líquidos en la primera hora.

Intente la remoción manual de la placenta (vea la página 48).

Si hay signos de infección:

Administre ampicilina 2 g IV cada 6 horas **MÁS** gentamicina 5 mg/kg de peso corporal IV cada 24 horas **MÁS** metronidazol 500 mg IV cada 8 horas.

Si la placenta o los fragmentos placentarios no pueden extraerse O si el sangrado no se detiene de inmediato:

Refiera de urgencia.

SANGRADO VAGINAL DESPUÉS DEL PARTO (CONTINUACIÓN)

SIGNOS/SÍNTOMAS	DIAGNÓSTICO PROBABLE
No se palpa el fondo uterino en la palpación abdominal Dolor leve o intenso	Inversión uterina

MANEJO

Inicie una infusión IV (dos, si fuera posible) utilizando una cánula o aguja de alto calibre.

Rápidamente infunda solución salina normal o lactato de Ringer a razón de 1 L en 15–20 minutos.

Administre al menos 2 L de líquidos en la primera hora.

Administre una dosis única de antibióticos profilácticos:

ampicilina 2 g IV **MÁS** metronidazol 500 mg IV;

O administre cefazolina 1 g IV **MÁS** metronidazol 500 mg IV.

Refiera de urgencia.

Si hay fiebre y/o secreción vaginal de mal olor:

Administre ampicilina 2 g IV cada 6 horas **MÁS** gentamicina

5 mg/kg de peso corporal IV cada 24 horas **MÁS**

metronidazol 500 mg IV cada 8 horas.

Refiera de urgencia.

SANGRADO VAGINAL DESPUÉS DEL PARTO (CONTINUACIÓN)

SIGNOS/SÍNTOMAS	DIAGNÓSTICO PROBABLE
Se produce sangrado más de 24 horas después del parto Útero más blando y más grande que lo previsto según el tiempo transcurrido desde el parto	Hemorragia postparto tardía

MANEJO

Administre oxitocina

IV: infunda 20 unidades en 1 L de solución salina normal o lactato de Ringer a 60 gotas por minuto hasta conseguir que el útero se contraiga, luego, 20 unidades en 1 L de solución salina normal o lactato de Ringer a 40 gotas por minuto. *No administre más de 3 L.*

MÁS

IM: 10 unidades.

Si no se dispone de oxitocina:

Administre ergometrina/metil-ergometrina (no la use si hay signos/síntomas de preeclampsia, hipertensión o cardiopatía).

IM o IV: infunda lentamente 0,2 mg. Repita 0,2 mg IM después de 15 minutos.

Si se requiere, administre 0,2 mg IM o IV (lentamente) cada 4 horas.

Si el cuello uterino está dilatado:

Explore el útero manualmente (use guantes esterilizados o sometidos a desinfección de alto nivel) para extraer coágulos y fragmentos placentarios grandes.

Si el cuello uterino no está dilatado y la AMEU no está disponible, O si el sangrado no se detiene:

Refiera de urgencia.

Si el cuello uterino no está dilatado y la AMEU está disponible:

Realice una AMEU para extraer los fragmentos placentarios.

Si la hemoglobina es menor de 7 g/dl o el hematócrito es menor de 20% (anemia grave):

Administre sulfato o fumarato ferroso 120 mg vía oral **MÁS** ácido fólico 400 µg vía oral.

Refiera de urgencia.

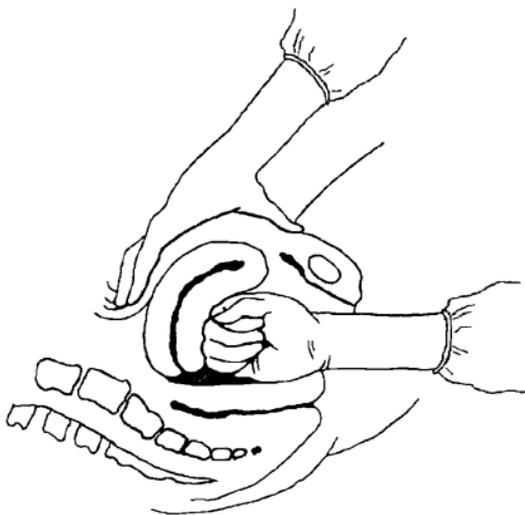
Si hay fiebre y/o secreción vaginal de mal olor:

Administre ampicilina 2 g IV cada 6 horas **MÁS** gentamicina 5 mg/kg de peso corporal IV cada 24 horas **MÁS** metronidazol 500 mg IV cada 8 horas.

Refiera de urgencia.

PASOS PARA REALIZAR LA COMPRESIÓN BIMANUAL DEL ÚTERO

- Provisto de guantes esterilizados o sometidos a desinfección de alto nivel (vea las **páginas 85–87**), introduzca una mano en la vagina y extraiga cualquier coágulo sanguíneo de la parte inferior del útero o del cuello uterino.
- Forme un puño.
- Coloque el puño en el fondo de saco anterior y aplique presión contra la pared anterior del útero.
- Con la otra mano, presione profundamente en el abdomen por detrás del útero aplicando presión contra la pared posterior del útero.
- Mantenga la compresión hasta lograr el control del sangrado y la contracción del útero.



COMO ALTERNATIVA, REALICE LA COMPRESIÓN DE LA AORTA

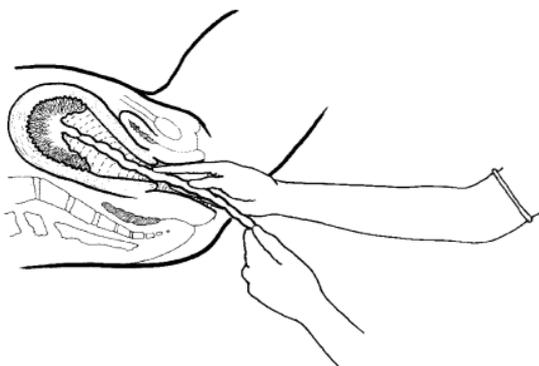
- Aplique presión hacia abajo con un puño cerrado sobre la aorta abdominal directamente a través de la pared abdominal:
 - El punto a comprimir queda justo por encima del ombligo y ligeramente a la izquierda.
 - Las pulsaciones aórticas pueden sentirse fácilmente a través de la pared abdominal anterior en el período del postparto inmediato.
- Con la otra mano, palpe el pulso femoral para verificar que la compresión sea adecuada.
- Mantenga la compresión hasta lograr el control del sangrado.



Taponar el útero es ineficaz y ocasiona el desperdicio de un tiempo precioso.

REMOCIÓN MANUAL DE LA PLACENTA

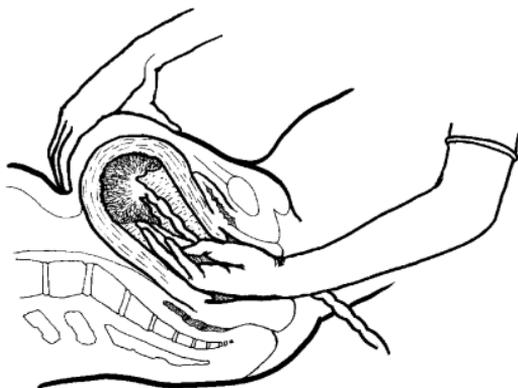
- Revise las indicaciones.
- Inicie una infusión IV.
- Brinde apoyo emocional y aliento. Hable de manera sosegada, tranquilizadora para ayudar a que la mujer se relaje.
- Cateterice la vejiga o asegúrese de que esté vacía.
- Administre una dosis única de antibióticos profilácticos:
 - ampicilina 2 g IV **MÁS** metronidazol 500 mg IV;
 - **O** cefazolina 1 g IV **MÁS** metronidazol 500 mg IV.
- Sostenga el cordón umbilical con una pinza. Hale el cordón con delicadeza hasta que quede paralelo al piso.
- Provisto de guantes largos que lleguen hasta el codo esterilizados o sometidos a desinfección de alto nivel (vea las **páginas 85–88**), introduzca la otra mano en la vagina y hacia arriba dentro de la cavidad uterina.



- Suelte el cordón umbilical y mueva la mano con la que lo sostenía hacia arriba por encima del abdomen para sostener el fondo del útero y ejercer una contracción durante la remoción para prevenir la inversión uterina.

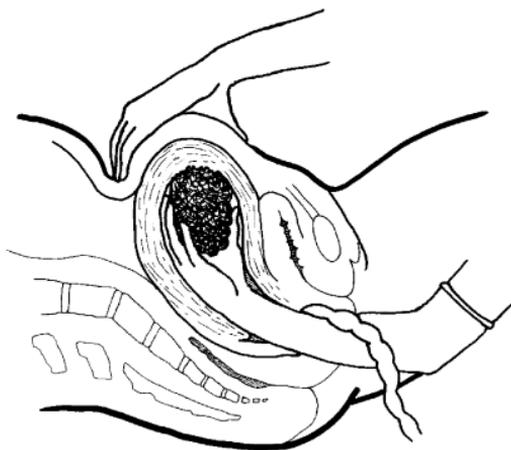
Nota: Si se produce una inversión uterina, **refiera de urgencia.**

- Mueva los dedos de la mano dentro del útero lateralmente hasta ubicar el borde de la placenta.
- **Si el cordón umbilical fue desprendido previamente**, introduzca una mano en la cavidad uterina. Explore toda la cavidad hasta que detecte una línea de división entre la placenta y la pared uterina.



- Desprenda la placenta del sitio de implantación manteniendo los dedos firmemente unidos y utilizando el borde de la mano para establecer gradualmente un espacio entre la placenta y la pared uterina.

- Prosiga lentamente alrededor de todo el lecho placentario hasta que la placenta entera se separe de la pared uterina.
- **Si la placenta no se separa de la superficie del útero** mediante un movimiento lateral suave de las yemas de los dedos en la línea de división, extraiga los fragmentos placentarios. **Si el tejido es muy adherente**, sospeche una placenta acreta y refiera de inmediato para una laparotomía y posible histerectomía subtotal.
- Sostenga la placenta y retire lentamente la mano del útero, arrastrando con ella la placenta.
- Con la otra mano, continúe aplicando contracción al fondo del útero, empujándolo en sentido opuesto al de la mano que se está retirando.
- Palpe el interior de la cavidad uterina para asegurarse de que haya extraído todo el tejido placentario.
- Administre oxitocina 20 unidades en 1 L de líquidos IV (solución salina normal o lactato de Ringer) a 60 gotas por minuto.



- Pida a un asistente que masajee el fondo del útero para estimular la contracción uterina tónica.
- **Si hay sangrado profuso continuo**, administre ergometrina 0,2 mg IM.
- Examine la superficie uterina de la placenta para asegurarse de que esté íntegra. **Si falta algún lóbulo o tejido placentario**, explore la cavidad uterina para extraerlo.
- Examine a la mujer cuidadosamente y repare cualquier desgarro del cuello uterino o la vagina, o repare la episiotomía.

PROBLEMAS

Si la placenta queda retenida a causa de un anillo de constricción o si han transcurrido horas o días desde el parto, puede que no sea posible hacer entrar toda la mano en el útero. **Refiera de urgencia.**

ATENCIÓN DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO

- Monitoree los signos vitales (presión arterial, pulso, respiración) cada 30 minutos durante las 6 horas siguientes o hasta que la mujer esté estable.
- Palpe el fondo del útero para asegurarse de que el útero continúa contraído.
- Verifique para detectar si hay una cantidad excesiva de loquios.
- Continúe la infusión de líquidos IV.

CEFALEA, VISIÓN BORROSA, CONVULSIONES O PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA

Si una mujer embarazada o una mujer que ha dado a luz recientemente se queja de cefalea intensa o visión borrosa, haga una prueba de orina para detectar la presencia de proteinuria.

Una pequeña proporción de las mujeres con eclampsia tiene presión arterial normal. Trate a todas las mujeres que presentan convulsiones como si tuvieran eclampsia hasta que no se confirme otro diagnóstico.

Si una mujer embarazada que vive en una zona malárica tiene fiebre, cefaleas o convulsiones y no se puede excluir la malaria, es indispensable que reciba tratamiento tanto para la malaria como para la eclampsia.

CEFALEA, VISIÓN BORROSA, CONVULSIONES O PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA

- Realice una Evaluación inicial rápida (vea la **página 11**).
- Estabilice, si fuera necesario (vea la **página 11**).
- **Refiera de urgencia.**

SIGNOS/SÍNTOMAS	DIAGNÓSTICO PROBABLE
Convulsiones Presión diastólica de 90 mm de Hg o más después de las 20 semanas de gestación Proteinuria 2+ o más	Eclampsia
Dificultad para abrir la boca y masticar	Tétanos
Convulsiones Antecedentes de convulsiones Presión arterial normal	Epilepsia
Fiebre (38° C o más) Escalofríos/temblores Cefalea Dolor muscular/articular Coma Anemia	Malaria complicada

MANEJO

Estabilice siguiendo el **procedimiento de estabilización para las convulsiones/pérdida de la conciencia** (vea la **página 11**).

Refiera de urgencia.

Controle los espasmos con diazepam 10 mg IV lentamente en un lapso de 2 minutos.

Elimine la causa de la sepsis.

Administre bencilpenicilina 2 millones de unidades IV cada 4 horas.

Refiera de urgencia.

Si la mujer tiene convulsiones:

Administre diazepam 10 mg IV lentamente en un lapso de 2 minutos.

Repita la dosis si se repiten las convulsiones después de 10 minutos.

Refiera de urgencia.

Si se producen convulsiones:

Administre diazepam 10 mg IV lentamente en un lapso de 2 minutos.

Si se diagnostica una eclampsia:

Prevenga las convulsiones posteriores con sulfato de magnesio (vea la **página 57**).

Refiera de urgencia.

Si se diagnostica una malaria complicada y la mujer está consciente:

Administre tres comprimidos de sulfadoxina-pirimetamina **O** cloroquina.

Refiera de urgencia.

ESQUEMAS DE ADMINISTRACIÓN DEL SULFATO DE MAGNESIO* PARA LA PREECLAMPSIA GRAVE Y LA ECLAMPSIA

DOSIS INICIAL:

- Solución de sulfato de magnesio 4 g IV en un lapso de 5 minutos.
- Siga inmediatamente con 10 g de solución de sulfato de magnesio, 5 g en cada nalga, en inyección IM profunda, con 1 ml de lidocaína al 2% en la misma jeringa. Asegúrese de que la inyección IM profunda de sulfato de magnesio se aplique con toda asepsia. Advierta a la mujer que sentirá calor al recibir el sulfato de magnesio.
- Si se repiten las convulsiones después de 15 minutos, administre sulfato de magnesio 2 g IV en un lapso de 5 minutos.

DOSIS DE MANTENIMIENTO:

- 5 g de sulfato de magnesio + 1 ml de lidocaína al 2% IM cada 4 horas en nalgas alternadas.
- Siga el tratamiento con sulfato de magnesio durante 24 horas después del parto o la última convulsión, cualquiera sea el hecho que se produzca último.

ANTES DE REPETIR LA ADMINISTRACIÓN ASEGÚRESE DE QUE:

- La frecuencia respiratoria sea de al menos 16 respiraciones por minuto.
- Los reflejos patelares estén presentes.
- La producción de orina sea de al menos 30 ml por hora durante 4 horas.

RESTRINJA O RETARDE EL MEDICAMENTO SI:

- La frecuencia respiratoria cae por debajo de 16 respiraciones por minuto.
- Los reflejos patelares están ausentes.
- La producción de orina cae por debajo de 30 ml por hora durante las 4 horas previas.

TENGA EL ANTÍDOTO PREPARADO:

- *En caso de paro respiratorio:*
Ayude a la ventilación (bolsa y máscara, aparato de anestesia, intubación).
Administre gluconato de calcio 1 g (10 ml de solución al 10%) IV lentamente hasta que comience la respiración, para contrarrestar los efectos del sulfato de magnesio.

* El sulfato de magnesio viene en diferentes concentraciones (por ejemplo, 20%, 40%, 50%). En las inyecciones IM, es mejor utilizar las concentraciones más altas (por ejemplo, 50%) para disminuir el volumen total que se requiere.

PROGRESO INSATISFACTORIO DEL TRABAJO DE PARTO

SIGNOS/SÍNTOMAS	DIAGNÓSTICO PROBABLE
Trabajo de parto que dura 12 horas o más Presentación que no es de vértice	Obstrucción Anomalía de presentación o anomalía de posición

MANEJO

Inicie una infusión IV utilizando una cánula o aguja de alto calibre. Infunda solución salina normal o lactato de Ringer a razón de 3 ml por minuto durante 6 horas.

Refiera de urgencia.

FIEBRE DURANTE EL EMBARAZO Y EL TRABAJO DE PARTO (TEMPERATURA DE 38° C O MÁS)

SIGNOS/SÍNTOMAS	DIAGNÓSTICO PROBABLE
Fiebre Secreción vaginal de mal olor en las primeras 22 semanas Útero sensible	Aborto séptico
Fiebre/escalofríos Secreción vaginal acuosa, de mal olor después de las 22 semanas de gestación Dolor abdominal	Amnionitis
Fiebre (38° C o más) Escalofríos/temblores Cefalea Dolor muscular/articular Coma Anemia	Malaria complicada
Fiebre Cefalea Tos seca Malestar general Anorexia Esplenomegalia	Tifoidea

MANEJO

Administre inmediatamente ampicilina 2 g IV cada 6 horas
MÁS gentamicina 5 mg/kg de peso corporal IV cada 24 horas
MÁS metronidazol 500 mg IV cada 8 horas hasta que la mujer esté sin fiebre por 48 horas.

Antes de las 16 semanas

Si la AMEU está disponible

Realice una AMEU.

Si la AMEU no está disponible

Refiera de urgencia.

Después de las 16 semanas

Refiera de urgencia después de administrar antibióticos.

Administre inmediatamente ampicilina 2 g IV cada 6 horas
MÁS gentamicina 5 mg/kg de peso corporal IV cada 24 horas.

Refiera para el parto.

Si la mujer está consciente:

Administre tres comprimidos de sulfadoxina-pirimetamina **O** cloroquina y **refiera de urgencia.**

Si la mujer está inconsciente o tiene convulsiones:

Administre diazepam 10 mg IV lentamente en el lapso de 2 minutos.

Refiera de urgencia.

Administre ampicilina 1 g vía oral cuatro veces al día **O** amoxicilina 1 g vía oral tres veces al día por 14 días. Otras opciones de terapia dependerán de los patrones locales de sensibilidad.

Refiera de urgencia.

FIEBRE DESPUÉS DEL PARTO (TEMPERATURA DE 38° C O MÁS)

SIGNOS/SÍNTOMAS	DIAGNÓSTICO PROBABLE
Fiebre/escalofríos Dolor abdominal inferior Loquios purulentos, de mal olor Útero sensible	Metritis La demora en su tratamiento o el tratamiento inadecuado puede ocasionar: Absceso pélvico Peritonitis Shock séptico Trombosis de venas profundas Embolia pulmonar Infección pélvica crónica Bloqueo tubárico e infertilidad
Herida dolorosa y sensible Eritema y edema extendido más allá del borde de la incisión	Celulitis de la herida
Fiebre (38° C o más) Escalofríos/temblores Cefalea Dolor muscular/articular Coma Anemia	Malaria complicada
Fiebre Cefalea Tos seca Malestar general Anorexia Esplenomegalia	Tifoidea
Dolor y sensibilidad de las mamas Área enrojecida, cuneiforme en la mama 3–4 semanas después del parto	Mastitis

MANEJO

Administre inmediatamente ampicilina 2g IV cada 6 horas **MÁS** gentamicina 5 mg/kg de peso corporal IV cada 24 horas **MÁS** metronidazol 500 mg IV cada 8 horas hasta que la mujer esté sin fiebre por 48 horas.

Refiera de urgencia.

Administre inmediatamente penicilina G 2 millones de unidades IV cada 6 horas **MÁS** gentamicina 5 mg/kg de peso corporal IV cada 24 horas **MÁS** metronidazol 500 mg IV cada 8 horas.

Refiera de urgencia.

Infunda diclorhidrato de quinina 20 mg/kg de peso corporal en líquidos IV (dextrosa al 5%, solución salina normal o lactato de Ringer) durante 4 horas.

Espere 4 horas después de haber completado la dosis inicial.

Luego, infunda diclorhidrato de quinina 10 mg/kg de peso corporal durante 4 horas.

Repita cada 8 horas.

Refiera de urgencia.

Administre cloxacilina 500 mg vía oral cada 6 horas por 10 días, **O** eritromicina 250 mg vía oral cada 8 horas por 10 días.

Aliente a la mujer a seguir amamantando.

DOLOR ABDOMINAL EN LA ETAPA INICIAL DEL EMBARAZO (ANTES DE LAS 22 SEMANAS)

SIGNOS/SÍNTOMAS	DIAGNÓSTICO PROBABLE
Fiebre baja/escalofríos Dolor abdominal inferior Ausencia de ruidos intestinales	Peritonitis
Sangrado leve Dolor abdominal Cuello uterino cerrado Útero ligeramente más grande que lo normal Útero más blando que lo normal	Embarazo ectópico

MANEJO

Inicie una infusión IV utilizando una cánula o aguja de alto calibre.

Infunda solución salina normal o lactato de Ringer a razón de 1 L en 6–8 horas a menos que la mujer esté en shock.

Administre inmediatamente penicilina G 2 millones de unidades IV cada 6 horas **MÁS** gentamicina 5 mg/kg de peso corporal IV cada 24 horas **MÁS** metronidazol 500 mg IV cada 8 horas.

Refiera de urgencia.

Haga los arreglos necesarios a fin de trasladarla de inmediato para realizar una laparotomía.

Si el embarazo no se ha roto, inserte una línea IV e infunda solución salina normal o lactato de Ringer a razón de 1 L en 6–8 horas.

DOLOR ABDOMINAL EN LA ETAPA AVANZADA DEL EMBARAZO O DURANTE EL PARTO

SIGNOS/SÍNTOMAS	DIAGNÓSTICO PROBABLE
Dolor abdominal intermitente o constante Sangrado después de las 22 semanas de gestación	Desprendimiento prematuro de placenta
Dolor abdominal severo (puede disminuir después de la rotura) Sangrado (intraabdominal y/o vaginal)	Rotura uterina
Fiebre/escalofríos Secreción vaginal acuosa, de mal olor después de las 22 semanas de gestación Dolor abdominal	Amnionitis
Fiebre/escalofríos Dolor abdominal inferior Loquios purulentos, de mal olor Útero sensible	Metritis
Fiebre baja/escalofríos Dolor abdominal inferior Ausencia de ruidos intestinales	Peritonitis

MANEJO

Inicie una infusión IV (dos, si fuera posible) utilizando una cánula o aguja de alto calibre.

Rápidamente infunda solución salina normal o lactato de Ringer a razón de 1 L en 15–20 minutos.

Administre al menos 2 L de líquidos en la primera hora.

Refiera de urgencia.

Inicie una infusión IV (dos, si fuera posible) utilizando una cánula o aguja de alto calibre.

Rápidamente infunda solución salina normal o lactato de Ringer a razón de 1 L en 15–20 minutos.

Administre al menos 2 L de líquidos en la primera hora.

Refiera de urgencia.

Administre inmediatamente ampicilina 2 g IV cada 6 horas

MÁS gentamicina 5 mg/kg de peso corporal IV cada 24 horas.

Refiera para el parto.

Administre inmediatamente ampicilina 2g IV cada 6 horas

MÁS gentamicina 5 mg/kg de peso corporal IV cada 24 horas **MÁS** metronidazol 500 mg IV cada 8 horas hasta que la mujer esté sin fiebre por 48 horas.

Refiera de urgencia.

Proporcione aspiración nasogástrica.

Inicie una infusión IV utilizando una cánula o aguja de alto calibre.

Rápidamente infunda solución salina normal o lactato de Ringer a razón de 1 L en 15–20 minutos.

Administre al menos 2 L de líquidos en la primera hora.

Administre inmediatamente penicilina G 2 millones de unidades IV cada 6 horas **MÁS** gentamicina 5 mg/kg de peso corporal IV cada 24 horas **MÁS** metronidazol 500 mg IV cada 8 horas.

Refiera de urgencia.

DIFICULTAD RESPIRATORIA

SIGNOS/SÍNTOMAS	DIAGNÓSTICO PROBABLE
Dificultad respiratoria Palidez de la conjuntiva, lengua, lecho ungueal y/o la palma de las manos Hemoglobina: 7 g/dl o menos Hematócrito: 20% o menos	Anemia grave
Signos y síntomas de anemia grave, y además Edema Tos Estertores Edema de las piernas Hepatomegalia Venas del cuello prominentes	Insuficiencia cardiaca causada por anemia
Dificultad respiratoria Soplo diastólico y/o Soplo sistólico áspero con frémido palpable	Insuficiencia cardiaca causada por cardiopatía

MANEJO

Inicie una infusión IV utilizando una cánula o aguja de alto calibre.

Infunda solución salina normal o lactato de Ringer a razón de 1 L en 8 horas.

Refiera de urgencia para una transfusión.

Inicie una infusión IV utilizando una cánula o aguja de alto calibre.

Infunda solución salina normal o lactato de Ringer a razón de 1 L en 8 horas.

Refiera de urgencia para una transfusión.

Inicie una infusión IV utilizando una cánula o aguja de alto calibre.

Infunda solución salina normal o lactato de Ringer a razón de 1 L en 12 horas.

Coloque a la mujer sobre su lado izquierdo.

Dé oxígeno a razón de 4–6 L por minuto, si lo hay disponible.

Refiera de urgencia.

APÉNDICES

Manejo activo del tercer período del parto	73
Medicamentos e insumos esenciales para atención obstétrica de emergencia en puestos de salud Tipo 1	77
Prevención de infecciones	81
Pautas para realizar los procedimientos	103

MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERÍODO DEL PARTO

El manejo activo del tercer período (expulsión activa de la placenta) ayuda a prevenir la hemorragia postparto. En el manejo activo del tercer período del parto se incluyen:

- la administración inmediata de oxitocina;
- la tracción controlada del cordón umbilical con contracción al útero;
- el masaje uterino.

OXITOCINA

- Dentro del primer minuto después del nacimiento del bebé, palpe el abdomen para descartar la presencia de otro(s) bebé(s) y administre oxitocina 10 unidades IM.
- La oxitocina se prefiere porque produce efecto 2–3 minutos después de la inyección, tiene efectos colaterales mínimos y se puede usar en todas las mujeres. **Si no se dispone de oxitocina**, administre ergometrina 0,2 mg IM o prostaglandinas. Antes de administrar estos medicamentos asegúrese de que no exista ningún otro bebé.

No administre ergometrina a mujeres con preeclampsia, eclampsia o presión arterial elevada porque aumenta el riesgo de convulsiones y accidentes cerebrovasculares.

TRACCIÓN CONTROLADA DEL CORDÓN UMBILICAL

- Dentro del primer minuto después del nacimiento del bebé, pince el cordón umbilical cerca del perineo, usando una pinza de esponjas. Sostenga el cordón pinzado y el extremo de la pinza con una mano.
- Coloque la otra mano apenas por encima del pubis de la mujer y estabilice el útero aplicando contracción durante la tracción del cordón. Esto ayuda a prevenir la inversión uterina.
- Mantenga tensión leve en el cordón y espere una contracción fuerte del útero (2–3 minutos).
- Cuando **el útero se redondee o el cordón se alargue**, hale del cordón hacia abajo con mucha delicadeza para extraer la placenta. No espere que salga un chorro de sangre antes de aplicar tracción al cordón. Con la otra mano, continúe ejerciendo contracción sobre el útero.
- Si **la placenta no desciende** después de 30–40 segundos de tracción controlada del cordón umbilical (es decir, si no hay ningún signo de separación placentaria), no continúe halando del cordón, sino:
 - Sostenga con delicadeza el cordón y espere hasta que el útero esté bien contraído nuevamente. Si es necesario, utilice una pinza de esponjas para pinzar el cordón más cerca del perineo a medida que se alargue;
 - Con la contracción siguiente, repita la tracción controlada del cordón, manteniendo la contracción.

Nunca aplique tracción al cordón umbilical (halar) sin aplicar la contracción (empujar) por encima del pubis con la otra mano.

- Al ser expulsada la placenta, las membranas delgadas pueden desgarrarse. Sostenga la placenta con las dos manos y hágala girar con delicadeza hasta que las membranas queden retorcidas.
- Hale lentamente para completar la extracción.
- **Si las membranas se desgarran**, examine con delicadeza la parte superior de la vagina y el cuello uterino provisto de guantes esterilizados o sometidos a desinfección de alto nivel y utilice una pinza de esponjas para retirar cualquier trozo de membrana retenido.
- Examine cuidadosamente la placenta para estar seguro de que está íntegra. **Si falta una porción de la superficie materna o hay desgarros de membranas vascularizadas**, sospeche retención de fragmentos placentarios.
- **Si puede palpar la placenta o fragmentos placentarios en la vagina**, extraiga manualmente (use guantes esterilizados o sometidos a desinfección de alto nivel; envuelva los dedos con gasa esterilizada).
- **Si se produce inversión uterina**, ¡refiera de inmediato!
- **Si se ha arrancado el cordón umbilical**, puede ser necesaria la remoción manual de la placenta (vea la **página 48**).

MASAJE UTERINO

- Masajee de inmediato el fondo del útero a través del abdomen de la mujer hasta conseguir que el útero se contraiga.
- Repita el masaje uterino cada 15 minutos durante las 2 primeras horas.
- Asegúrese de que el útero no se relaje (ablande) después de detener el masaje uterino.

MEDICAMENTOS E INSUMOS ESENCIALES PARA ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA EN PUESTOS DE SALUD TIPO 1

MEDICAMENTOS

Anestésicos

Lidocaína

Analgésicos

Paracetamol

Antialérgicos

Epinefrina

Anticonvulsivos

Diazepam

Sulfato de
magnesio

Antibióticos

Ampicilina

Bencilpenicilina
procaínica o
bencilpenicilina
benzatínica

Gentamicina

Metronidazol

Antimaléricos

Diclorhidrato
de quinina

Sulfadoxina-
pirimetamina

Desinfectantes y antisépticos

Clorhexidina

Solución de
alcohol (etílico
o isopropílico
al 60-90%)

Yodo

Soluciones IV

Agua esterilizada
para inyección

Glucosa
al 5%, 50%

Lactato de Ringer

Solución salina
normal

Oxitócicos

Ergometrina

0,2 mg para uso
IM o IV

Misoprostol

Comprimidos
de 100 µg o

200 µg

Oxitocina

10 UI para uso
IV o IM

Vacunas

Toxoide tetánico
(mantenido en
refrigeración)

INSTRUMENTAL E INSUMOS PARA EL PARTO

Instrumental

(almacenado en recipientes de acero inoxidable con tapa)

1 recipiente de acero inoxidable para la placenta

2 tijeras

2 pinzas arteriales rectas (pinzas Kelly)

Insumos

1 jeringa de 5 cc y aguja para administrar oxitocina

1 cobertor limpio de tela para colocarlo sobre el abdomen de la mujer

4 motas de algodón (tres para limpiar el perineo, una para preparar la piel antes de inyectar oxitocina)

6 compresas de gasa (4x4)

Cinta umbilical

Cobertor limpio de plástico o de tela para colocarlo debajo de las nalgas de la mujer

Paño limpio para cubrir al bebé

Paño limpio para secar al bebé

INSUMOS

Prevención de infecciones

Cloro
Delantales de plástico o goma
Guantes (esterilizados o sometidos a desinfección de alto nivel)
Jabón
Toallas limpias
Mascarilla
Pantalla facial
Protección para los ojos
Receptáculo para artículos de tela sucios
Recipiente a prueba de perforaciones
Recipientes separados para eliminación de desechos médicos y para instrumental contaminado
Suministro de agua limpia

Médicos

Aguja y jeringa
Aguja y sutura
Bolsa de Ambú y máscara para adulto
Bolsa de Ambú y máscara pediátrica
Catéter urinario a permanencia
Cinta métrica
Equipo de administración IV (cánula o aguja calibre 16 a 19)
Espéculo vaginal
Estetoscopio fetal
Estetoscopio para adulto
Manguito de presión
Pañitos de algodón limpios y alcohol
Pinzas de aro
Pinzas de esponjas
Recipientes de orina y tiras reactivas
Recipientes para muestras y tubos de ensayo
Termómetro

Mobiliario

Cobertor o manta para cubrir a la mujer
Cojín
Cortinas para dar privacidad (si fueran necesarias)
Fuente de iluminación
Reloj (o reloj de pulsera)
Superficie para exámenes (mesa o cama con superficie lavable y cobertores limpios)

Formularios

Expedientes o fichas clínicas de la paciente
Formularios de referencia

INSTRUMENTAL E INSUMOS PARA SUTURA

Instrumental

(almacenado en recipientes de acero inoxidable con tapa)

1 jeringa de 5 cc y aguja

1 pinza de tejidos no dentada

1 portaagujas

1 tijera

Insumos

4 motas de algodón

6 compresas de gasa (4x4)

Bandeja para emergencias

Diazepam

Epinefrina

Guantes (esterilizados o sometidos a desinfección de alto nivel)

Jeringas, agujas

Líquidos IV

Oxitocina, ergometrina

Protección para los ojos

Sulfato de magnesio

INSUMOS DE LA BANDEJA PARA EMERGENCIAS

Diazepam

Epinefrina

Guantes (esterilizados o sometidos a desinfección de alto nivel)

Jeringas, agujas

Líquidos IV

Oxitocina, ergometrina

Protección para los ojos

Sulfato de magnesio

PREVENCIÓN DE INFECCIONES¹

- La prevención de infecciones tiene dos objetivos primordiales:
 - prevenir las infecciones graves durante la prestación de los servicios de salud;
 - minimizar el riesgo de transmisión de serias enfermedades como la hepatitis B y la infección por el VIH/SIDA tanto a las pacientes como a los proveedores y el personal de salud, incluyendo el personal de limpieza y el de mantenimiento.
- Las prácticas recomendadas para la prevención de infecciones se basan en los siguientes principios:
 - Toda persona (paciente o miembro del personal) debe considerarse como un agente de infección en potencia;
 - Póngase guantes antes de entrar en contacto con cosas húmedas: piel abierta, mucosas, sangre u otros fluidos orgánicos (secreciones o excreciones);
 - Use equipo de protección personal (anteojos, mascarillas y zapatos cerrados) si se prevén salpicaduras y derrames de cualquier fluido orgánico;
 - Aplique las prácticas de seguridad en el trabajo, como no volver a colocar las cubiertas ni doblar las agujas, esterilizar de manera apropiada el instrumental y eliminar los desechos médicos de la manera prescrita.

¹ Adaptado de: Tietjen L, D Bossemeyer y N McIntosh. 2003. *Infection Prevention Guidelines for Healthcare Facilities with Limited Resources* (Pautas de prevención de infecciones para establecimientos de salud de limitados recursos). JHPIEGO Corporation: Baltimore, MD.

El lavado de manos es la técnica más importante para la prevención de las infecciones.

LAVADO DE MANOS

- Lávese las manos:
 - antes y después de examinar a la paciente (o de cualquier contacto directo con ella);
 - antes de ponerse los guantes;
 - después de haber estado expuesto a mucosas, sangre o cualquier fluido orgánico (secreciones o excreciones);
 - después de manipular instrumentos y otros artículos sucios, incluso si usó guantes;
 - después de quitarse los guantes, porque pueden estar agujereados.

Pasos para el lavado de manos de rutina

PASO 1: Mójese las manos completamente con un chorro de agua limpia, ya sea del grifo o de un balde.

PASO 2: Enjabónese bien las manos utilizando jabón corriente.

PASO 3: Restriegue vigorosamente todas las superficies de las manos y los dedos durante al menos 10–15 segundos.

PASO 4: Enjuáguese las manos completamente con agua limpia.

PASO 5: Séquese las manos con una toalla desechable y úsela para cerrar el grifo, o deje secar las manos al aire. No comparta el uso de las toallas para secarse las manos.

Como alternativa, si no se ven sucias, utilice una **solución antiséptica a base de alcohol que no requiera agua** para frotarse las manos.

- Vierta unos 5 ml de la solución antiséptica en la palma de la mano.
- Frote vigorosamente todas las superficies de las manos con la solución antiséptica hasta que queden secas.

Solución a base de alcohol para el frotado de las manos

Se puede preparar una solución antiséptica no irritante para frotarse las manos añadiendo 2 ml de glicerina, glicol de propileno o sorbitol a 100 ml de una solución de alcohol etílico o isopropílico al 60–90%.

MANIPULACIÓN DE INSTRUMENTOS PUNZOCORTANTES Y AGUJAS

- No deje instrumental punzocortante ni agujas (“objetos punzocortantes”) en otro lugar que no sean las “zonas seguras”.
- Antes de pasar cualquier objeto punzocortante a otro trabajador, déle aviso previo.

Agujas y jeringas hipodérmicas

- Utilice cada aguja y jeringa una sola vez.
- No desmonte la aguja de la jeringa después del uso.
- No doble, parta ni vuelva a colocarles la cubierta protectora a las agujas antes de desecharlas.
- Descontamine la aguja y la jeringa antes de desecharlas.
- Deseche las agujas y jeringas colocándolas en un recipiente a prueba de perforaciones.

- **Nota:** En los lugares donde no se dispone de agujas ni jeringas desechables y se acostumbra volver a colocarles la cubierta protectora, emplee para ello el método de “una sola mano”:
- Primero, coloque la cubierta protectora sobre una superficie dura y plana, y luego retire la mano.
- Después, sostenga la jeringa con una mano y utilice la aguja como “pala” para recoger la cubierta.



- Por último, una vez que la cubierta recubra la aguja por completo, enderécela de manera que la punta cubierta quede hacia arriba. Sostenga la cubierta con el índice y el pulgar de la otra mano a una distancia de 1,27 cm (media pulgada) de su extremo abierto (donde se une la aguja con la jeringa bajo la cubierta). Presione firmemente la cubierta sobre la base de la aguja para asegurarla en su sitio.



GUANTES Y BATAS

- Utilice guantes:
 - al realizar cualquier procedimiento (vea la **página 86**);
 - al manipular instrumental, guantes y otros artículos sucios;
 - al eliminar desechos contaminados (algodón, gasa o apósitos).
- Se debe utilizar guantes limpios con cada paciente a fin de evitar la contaminación cruzada.

No utilice guantes agrietados, desgastados o que tengan agujeros o rasgaduras visibles.

- Es preferible usar guantes desechables, pero se pueden reutilizar los guantes quirúrgicos siempre que:
 - se los descontamine manteniéndolos en remojo durante 10 minutos en una solución de cloro al 0,5%;
 - se los lave y enjuague;
 - se los esterilice colocándolos en un autoclave o se los someta a desinfección de alto nivel por vaporización o ebullición.

Nota: Si se reutilizan los guantes quirúrgicos desechables previstos para usarse una sola vez, no se deben procesar más de tres veces porque se pueden producir rasgaduras invisibles.

- En todos los procedimientos de parto debe utilizarse una bata limpia, pero no necesariamente esterilizada; si la bata tiene mangas largas, los guantes deben colocarse por encima de las mangas de la bata.

REQUISITOS QUE DEBEN REUNIR LOS GUANTES Y EL EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA PROCEDIMIENTOS OBSTÉTRICOS CORRIENTES

PROCEDIMIENTO	GUANTES RECOMENDADOS ^a
Extracción de sangre, inicio de infusión IV	Para exámenes ^b
Examen pélvico	Para exámenes
Aspiración manual endouterina	Para exámenes
Reparación de desgarros del cuello uterino o del perineo	Quirúrgicos sometidos a desinfección de alto nivel
Compresión bimanual del útero Remoción manual de la placenta	Quirúrgicos sometidos a desinfección de alto nivel, largos hasta el codo
Parto vaginal	Quirúrgicos esterilizados, largos hasta el codo
Manipulación y limpieza del instrumental	De servicio ^d
Manipulación de desechos contaminados	De servicio
Limpieza de derrames de sangre o fluidos orgánicos	De servicio

^a No se requiere el uso de guantes ni batas para tomar la presión arterial o la temperatura, ni para aplicar inyecciones.

^b Los guantes para exámenes son guantes de látex desechables previstos para usarse una sola vez.

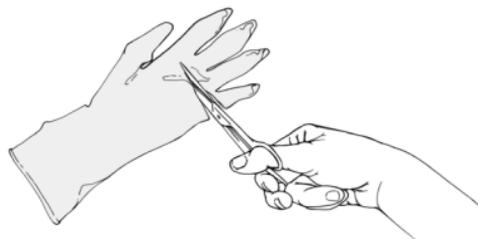
^c Los guantes quirúrgicos son guantes de látex fabricados para acomodarse a la mano. Si pueden reutilizarse, previamente se los debe descontaminar, limpiar y esterilizar o someter a desinfección de alto nivel.

^d Los guantes de servicio son guantes gruesos para uso en quehaceres domésticos.

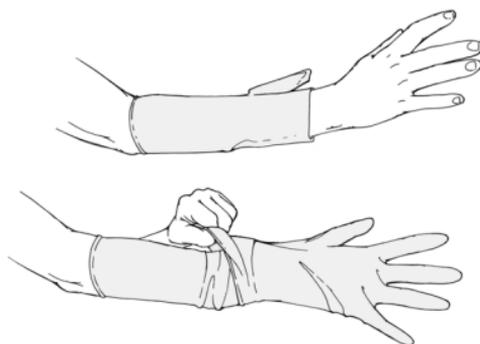
GUANTES ACEPTABLES	EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL
Quirúrgicos sometidos a desinfección de alto nivel ^c	Ninguno
Quirúrgicos sometidos a desinfección de alto nivel	Ninguno
Quirúrgicos sometidos a desinfección de alto nivel	Bata o delantal de plástico o goma
Quirúrgicos esterilizados	Bata o delantal de plástico o goma
Quirúrgicos esterilizados, largos hasta el codo	Bata o delantal de plástico o goma
Quirúrgicos sometidos a desinfección de alto nivel, largos hasta el codo	Bata o delantal de plástico/goma esterilizados, mascarilla y anteojos protectores o pantalla facial
Para exámenes o quirúrgicos	Ninguno
Para exámenes o quirúrgicos	Ninguno
Para exámenes o quirúrgicos	Ninguno

Cómo fabricar guantes largos hasta el codo

- Descontamine, limpie y seque un par de guantes quirúrgicos usados.
- Corte los cuatro dedos de ambos guantes por completo, justo debajo de la parte donde los dedos se unen con el guante.



- Esterilice los guantes cortados o sométalos a desinfección de alto nivel.
- Una vez esterilizados o sometidos a desinfección de alto nivel, póngase en ambas manos los guantes cortados halándolos hasta que lleguen hasta el codo.



- Póngase guantes quirúrgicos intactos esterilizados o sometidos a desinfección de alto nivel por encima de los guantes cortados, de manera que la abertura del guante intacto cubra el extremo inferior del guante cortado.

ELIMINACIÓN DE DESECHOS

- La finalidad de la eliminación de desechos es:
 - prevenir la propagación de infecciones a los proveedores que manipulan los desechos;
 - prevenir la propagación de infecciones a la comunidad local;
 - proteger de lesiones accidentales al personal que manipula los desechos.
- Los desechos no contaminados (por ejemplo, papel de oficinas, cajas) no entrañan ningún riesgo de infección y se pueden eliminar según las normas locales.
- La manipulación adecuada de los desechos contaminados (artículos contaminados por sangre o fluidos orgánicos) es necesaria para reducir al mínimo la propagación de infecciones a los proveedores y a la comunidad. La manipulación adecuada implica:
 - el uso de guantes de servicio;
 - el transporte en recipientes cerrados de los desechos contaminados sólidos hasta el sitio en el que se eliminarán;
 - la eliminación de todos los objetos punzocortantes en recipientes a prueba de perforaciones;
 - el vertido cuidadoso de líquidos de desecho en un desagüe o inodoro que pueda baldearse con agua;
 - el quemado o entierro de los desechos contaminados sólidos;
 - el lavado de manos, guantes y recipientes después de la eliminación de desechos infecciosos.

PAUTAS PARA EL PROCESAMIENTO DE INSTRUMENTAL, GUANTES QUIRÚRGICOS Y OTROS ARTÍCULOS

Proceso	Descontaminación: es el primer paso en la manipulación de artículos usados; reduce los riesgos de la hepatitis B y el VIH/SIDA.	Limpieza: elimina toda la sangre, fluidos orgánicos y suciedad visibles.
INSTRUMENTAL/ ARTÍCULOS	DESCONTAMINACIÓN	LIMPIEZA
Agujas y jeringas hipodérmicas (de vidrio o de plástico)	Llenar la aguja y jeringa sin desmontar con una solución de cloro al 0,5%. Enjuagar el interior aspirando y expulsando tres veces y eliminar la aguja o remojarla por 10 minutos antes limpiar. Enjuagar con agua limpia aspirando y expulsando tres veces. ^c	Desmontar, luego lavar con agua y jabón. Enjuagar con agua limpia; secar las jeringas al aire o con una toalla (las agujas sólo deben secarse al aire).
Bolsas de Ambú/mascarillas de reanimación cardiopulmonar	Limpiar las superficies expuestas con gasa empapada en solución de alcohol al 60–90% o en solución de cloro al 0,5%; enjuagar de inmediato.	Lavar con agua y jabón. Enjuagar con agua limpia; secar al aire o con una toalla.

<p>Esterilización: destruye todos los microorganismos, inclusive las endosporas.</p>	<p>Desinfección de alto nivel (DAN): destruye todos los virus, bacterias, parásitos, hongos y algunas endosporas.</p>
<p>ESTERILIZACIÓN^a</p>	<p>DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL</p>
<p>Preferible:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Calor seco por 2 horas después de alcanzar 160° C (320° F) (sólo jeringas de vidrio), • Autoclave a 121° C (250° F) y 106 kPa (15 lbs/pulgada²) por 20 minutos (30 minutos si están envueltas). 	<p>Aceptable:^d</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vaporizar o hervir por 20 minutos. <p>(La DAN química no es recomendable porque pueden quedar residuos químicos inclusive después de enjuagar varias veces con agua hervida. Tales residuos pueden interferir con la acción de los medicamentos que se inyecten.)</p>
<p>No es necesaria.</p>	<p>No es necesaria.</p>

PAUTAS PARA EL PROCESAMIENTO DE INSTRUMENTAL, GUANTES QUIRÚRGICOS Y OTROS ARTÍCULOS (CONTINUACIÓN)

INSTRUMENTAL/ ARTÍCULOS	DESCONTAMINACIÓN	LIMPIEZA
Bulbos de succión	Antes de limpiarlos, remojar por 10 minutos en una solución de cloro al 0,5%. Enjuagar y lavar de inmediato. ^c	Lavar con agua y jabón. Enjuagar con agua limpia; secar al aire o con una toalla.
Cánulas para AMEU (de plástico)	Antes de limpiarlas, remojar por 10 minutos en una solución de cloro al 0,5%. Enjuagar o lavar de inmediato. ^c	Lavar con agua y jabón, eliminando todas las partículas.
Catéter de succión	Antes de limpiarlo, remojar por 10 minutos en una solución de cloro al 0,5%. Enjuagar o lavar de inmediato. ^c	Lavar con agua y jabón. Enjuagar tres veces con agua limpia (por dentro y por fuera).
Catéteres urinarios	Antes de limpiarlos, remojar por 10 minutos en una solución de cloro al 0,5%. Enjuagar o lavar de inmediato. ^c	Lavar con agua y jabón, utilizando un cepillo. Enjuagar tres veces con agua limpia (por dentro y por fuera).

ESTERILIZACIÓN ^a	O	DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL
No es necesaria.		No es necesaria.
No es recomendable. (El calor del autoclave o los hornos de calor seco dañarán las cánulas.)		Vaporizar o hervir por 20 minutos.
No es recomendable. (El calor del autoclave o los hornos de calor seco dañarán el catéter.)		Vaporizar o hervir por 20 minutos. (La DAN química no es recomendable porque pueden quedar residuos químicos inclusive después de enjuagar varias veces con agua hervida. Tales residuos pueden interferir con la acción de los medicamentos que se inyecten.)
<ul style="list-style-type: none"> • Calor seco por 2 horas después de alcanzar 160° C (320° F) (sólo los de metal), • Autoclave a 121° C (250° F) y 106 kPa (15 lbs/pulgada²) por 20 minutos (30 minuto si están envueltos) (sólo los de metal). 		Vaporizar o hervir por 20 minutos.

PAUTAS PARA EL PROCESAMIENTO DE INSTRUMENTAL, GUANTES QUIRÚRGICOS Y OTROS ARTÍCULOS (CONTINUACIÓN)

INSTRUMENTAL/ ARTÍCULOS	DESCONTAMINACIÓN	LIMPIEZA
Cintas de algodón para el cordón	No es necesaria.	No es necesaria.
Cuñas/ orinales Recipiente para émesis	No es necesaria.	Lavar con agua y jabón desinfectante, utilizando un cepillo. Enjuagar con agua limpia.
Delantales y cobertores de plástico	Limpiar con solución de cloro al 0,5%.	Lavar con agua caliente y jabón. Enjuagar con agua limpia; secar al aire.
Estetoscopio	No es necesaria.	Limpiar con solución de alcohol al 60–90%.
Equipo de protección personal (gorros, mascarillas, batas) ^b , cobertores de tela, paños para secar y envolver al bebé	No es necesaria. (El personal de lavandería debe usar batas, guantes y anteojos protectores al manipular artículos de tela sucios.)	Lavar con agua caliente y jabón. Enjuagar con agua limpia; secar al aire o en máquina de secar.

ESTERILIZACIÓN ^a	O	DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL
No es práctica.		Colocar en una palangana metálica. Colocar ésta en el vaporizador y someter a la acción del vapor durante 20 minutos. Secar al aire.
No es necesaria.		No es necesaria.
No es necesaria.		No es necesaria.
No es necesaria.		No es necesaria.
No es necesaria.		No es necesaria.

PAUTAS PARA EL PROCESAMIENTO DE INSTRUMENTAL, GANTES QUIRÚRGICOS Y OTROS ARTÍCULOS (CONTINUACIÓN)

INSTRUMENTAL/ ARTÍCULOS	DESCONTAMINACIÓN	LIMPIEZA
Fórceps/pinzas para transferencia y recipiente	No es necesaria. Reprocesar en cada cambio de turno o cuando estén contaminados.	Lavar con agua y jabón, utilizando un cepillo. Enjuagar con agua limpia. Si se van a esterilizar, secar al aire o con una toalla.
Gantes quirúrgicos	Antes de limpiarlos, remojar por 10 minutos en una solución de cloro al 0,5%. Enjuagar o lavar de inmediato. ^c	Lavar con agua y jabón. Enjuagar con agua limpia y verificar si tienen agujeros. Si se van a esterilizar, secar por dentro y por fuera (al aire o con una toalla) y empaquetar.

ESTERILIZACIÓN ^a	O	DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL
<p>Preferible:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Calor seco por 1 hora después de alcanzar 170° C (340° F)^e, • Autoclave a 121° C (250° F) y 106 kPa (15 lbs/pulgada²) por 20 minutos (30 minutos si están envueltos). 		<p>Aceptable:^e</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vaporizar o hervir por 20 minutos. • Someter a DAN química dejando remojar por 20 minutos. Enjuagar bien con agua hervida y secar al aire antes de usarlos o almacenarlos.
<p>Si se usan para cirugía:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autoclave a 121° C (250° F) y 106 kPa (15 lbs/pulgada²) por 20 minutos. • No usar por 24–48 horas. 		<p>Vaporizar por 20 minutos y dejar secar dentro del vaporizador.</p>

PAUTAS PARA EL PROCESAMIENTO DE INSTRUMENTAL, GUANTES QUIRÚRGICOS Y OTROS ARTÍCULOS (CONTINUACIÓN)

INSTRUMENTAL/ ARTÍCULOS	DESCONTAMINACIÓN	LIMPIEZA
Instrumental (espéculos vaginales, fórceps, tijeras, portaagujas, agujas)	Antes de limpiarlos, remojar por 10 minutos en una solución de cloro al 0,5%. Enjuagar o lavar de inmediato. ^c	Lavar con agua y jabón, utilizando un cepillo. Enjuagar con agua limpia. Si se van a esterilizar, secar al aire o con una toalla.
Mesas de examen u otras superficies grandes (carritos de mano y camillas)	Limpiar con una solución de cloro al 0,5%.	Lavar con agua y jabón si queda materia orgánica después de la descontaminación.
Recipientes para almacenar instrumental, frascos para muestras, tubos de ensayo	Antes de limpiarlos, remojar por 10 minutos en una solución de cloro al 0,5%. Enjuagar o lavar de inmediato. ^c	Lavar con agua y jabón. Enjuagar con agua limpia; secar al aire o con una toalla.

ESTERILIZACIÓN ^a O	DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL
<p>Preferible:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Calor seco por 1 hora después de alcanzar 170° C (340° F), O • Autoclave a 121° C (250° F) y 106 kPa (15 lbs/pulgada²) por 20 minutos (30 minutos si están envueltos). <p>Instrumental punzocortante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Calor seco por 2 horas después de alcanzar 160° C (320° F). 	<p>Aceptable:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vaporizar o hervir por 20 minutos. • Someter a DAN química dejando remojar por 20 minutos. Enjuagar bien con agua hervida y secar al aire antes de usarlos o almacenarlos.
No es necesaria.	No es necesaria.
<ul style="list-style-type: none"> • Calor seco por 1 hora después de alcanzar 170° C (340° F), O • Autoclave a 121° C (250° F) y 106 kPa (15 lbs/pulgada²) por 20 minutos (30 minutos si están envueltos). 	<p>Hervir el recipiente y su tapa por 20 minutos. Si el recipiente es muy grande:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llenar el recipiente con solución de cloro al 0,5% y dejar remojar por 20 minutos. • Enjuagar con agua que se haya hervido por 20 minutos y secar al aire antes de usar.

PAUTAS PARA EL PROCESAMIENTO DE INSTRUMENTAL, GUANTES QUIRÚRGICOS Y OTROS ARTÍCULOS (CONTINUACIÓN)

INSTRUMENTAL/ ARTÍCULOS	DESCONTAMINACIÓN	LIMPIEZA
Termómetro, oral ^f	Antes de limpiarlo, remojar por 10 minutos en una solución de cloro al 0,5%. Enjuagar y lavar de inmediato. ^c	Lavar con agua y jabón. Enjuagar con agua limpia; secar al aire o con una toalla.
Termómetro, rectal ^f	Antes de limpiarlo, remojar por 10 minutos en una solución de cloro al 0,5%. Enjuagar y lavar de inmediato. ^c	Lavar con agua y jabón. Enjuagar con agua limpia; secar al aire o con una toalla.
Tubos para ventilación (de plástico)	Antes de limpiarlos, remojar por 10 minutos en una solución de cloro al 0,5%. Enjuagar y lavar de inmediato. ^c	Lavar con agua y jabón. Enjuagar con agua limpia; secar al aire o con una toalla.

- ^a Si no están envueltos, usar de inmediato; si están envueltos, reprocesar si el paquete se daña o se contamina.
- ^b De papel o de plástico. Colocar en un recipiente de desechos a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica para eliminarlos.
- ^c Evitar la exposición prolongada a la solución de cloro para minimizar la corrosión (oxidación) del instrumental y el deterioro de los productos de goma o de tela.
- ^d De no ser posible la esterilización (con calor seco o autoclave), estos artículos pueden someterse a la DAN, bien sea por ebullición, por vapor o remojándolos en algún desinfectante químico.
- ^e Los instrumentos con filos cortantes o las agujas no deben esterilizarse a temperaturas que excedan los 160°C para evitar que se desafilan.
- ^f Los termómetros orales no deben mezclarse con los termómetros rectales ni siquiera después de haberlos limpiado. Deben mantenerse en recipientes separados.

ESTERILIZACIÓN^a	O	DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL
No es necesaria.		No es necesaria.
No es necesaria.		No es necesaria.
No es necesaria.		No es necesaria.

PAUTAS PARA REALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS

Antes de realizar cualquier procedimiento sencillo (no quirúrgico), es necesario:

- Reunir y preparar todos los insumos. La falta de insumos puede perjudicar la realización de un procedimiento.
- Explicar a la mujer de qué se trata el procedimiento y la necesidad de llevarlo a cabo, y obtener su consentimiento.
- Administrar los medicamentos para el dolor apropiados de acuerdo a la importancia del procedimiento planificado.
- Colocar a la paciente en una posición apropiada para el procedimiento que se le va a realizar. La posición más usada para los procedimientos obstétricos (por ejemplo, la aspiración manual endouterina) es la posición litotómica.



- Lavarse las manos con agua y jabón o frotárselas con una solución de alcohol (vea las **páginas 82 y 83**) y ponerse los guantes apropiados para el procedimiento (vea la **página 86**).

- **Si es necesario preparar la vagina y el cuello uterino con un antiséptico** para la realización del procedimiento (por ejemplo, aspiración manual endouterina):
 - Lave el abdomen inferior y el área perineal de la mujer con agua y jabón, si se ven sucios;
 - Inserte suavemente en la vagina un espéculo o retractor(es) esterilizados o sometidos a desinfección de alto nivel;
 - Aplique una solución antiséptica (por ejemplo, yodóforos, clorhexidina) tres veces a la vagina y al cuello uterino utilizando una pinza de aro esterilizada o sometida a desinfección de alto nivel y un hisopo de algodón o de gasa.

INSTRUCCIONES PARA LA PREPARACIÓN DE LA PIEL PARA INYECCIONES E INFUSIÓN IV

- Si el sitio propuesto para la inyección se ve sucio, lave el área con agua y jabón antes de limpiar con un antiséptico.
- Empape un hisopo limpio de algodón en el antiséptico y limpie minuciosamente el sitio donde aplicará la inyección partiendo desde el centro y realizando movimientos circulares superpuestos hacia fuera.